FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX

ANNÉE 1895-96 N° 87

DE LA

VERRUE PLANTAIRE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 16 JUILLET 1896

PAR

Pierre-Bertrand-Philippe HELLIAN

Né à Issigeac (Dordogne), le 28 janvier 1868.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM.	PITRES,	professeur,	*président.*
	PICOT,	professeur,	*juges.*
	MESNARD,	agrégé,	
	SABRAZÈS,	agrégé,	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

BORDEAUX
Imprimerie Y. Cadoret
17 — Rue Montméjan — 17
1896

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX

ANNÉE 1895-96 N° 87

DE LA

VERRUE PLANTAIRE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 16 JUILLET 1896

PAR

Pierre-Bertrand-Philippe HELLIAN

Né à Issigeac (Dordogne), le 28 janvier 1868.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM.	PITRES,	professeur,	*président.*
	PICOT,	professeur,	*juges.*
	MESNARD,	agrégé,	
	SABRAZÈS,	agrégé,	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

BORDEAUX
Imprimerie Y. Cadoret
17 — Rue Montméjan — 17
1896

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. PITRES..... Doyen.

PROFESSEURS :

MM. MICE..... } Professeurs honoraires.
AZAM.....

Clinique interne.....	MM. PICOT. PITRES.
Clinique externe.....	DEMONS. LANELONGUE.
Pathologie interne.....	DUPUY.
Pathologie et thérapeutique générales.....	VERGELY.
Thérapeutique.....	ARNOZAN.
Médecine opératoire.....	MASSE.
Clinique d'accouchements.....	MOUSSOUS.
Anatomie pathologique.....	COYNE.
Anatomie.....	BOUCHARD.
Anatomie générale et Histologie.....	VIAULT.
Physiologie.....	JOLYET.
Hygiène.....	LAYET.
Médecine légale.....	MORACHE.
Physique.....	BERGONIÉ.
Chimie.....	BLAREZ.
Histoire naturelle.....	GUILLAUD.
Pharmacie.....	FIGUIER.
Matière médicale.....	DE NABIAS.
Médecine expérimentale.....	FERRE.
Clinique ophtalmologique.....	BADAL.
Clinique des maladies chirurgicales des enfants.....	PIÉCHAUD.
Clinique gynécologique.....	BOURSIER.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

SECTION DE MÉDECINE

Pathologie interne et Médecine légale.....	MESNARD. CASSAËT. AUCHÉ. SABRAZÈS. LE DANTEC.

SECTION DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS

Pathologie externe.....	VILLAR. BINAUD. BRAQUEHAYE.
Accouchements.....	RIVIÈRE. CHAMBRELENT.

SECTION DES SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES

Anatomie.....	MM. PRINCETEAU. CANNIEU.	Histoire naturelle.	MM. BEILLE.
		Physiologie.....	PACHON.

SECTION DES SCIENCES PHYSIQUES

Physique.....	MM. SIGALAS.
Chimie et Toxicologie.....	DENIGÈS.
Pharmacie.....	BARTHE.

COURS COMPLÉMENTAIRES

Clin. interne des enfants	MM. A. MOUSSOUS	Maladies mentales....	MM. RÉGIS.
Clin. des mal. cutan. et syphil...	DUBREUILH.	Pathologie externe ..	DENUCE.
Clin. des mal. des voies urin....	POUSSON.	Accouchements	RIVIÈRE.
Mal. du larynx, des oreilles et du nez.	MOURE.	Chimie.....	DENIGÈS.

Le Secrétaire de la Faculté, LEMAIRE.

« Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les » Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs » et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation. »

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

Hommage de reconnaissance.

A MES AMIS

A MONSIEUR LE DOCTEUR W. DUBREUILH

Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux
Chargé du cours des affections cutanées.
Médecin des Hôpitaux.

A mon Président de Thèse

MONSIEUR LE DOCTEUR PITRES

Doyen de la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Professeur de Clinique médicale, Chevalier de la Légion d'honneur,
Membre correspondant de l'Académie de Médecine,
Membre correspondant de la Société de Biologie.

DE LA

VERRUE PLANTAIRE

INTRODUCTION

Notre but, en rédigeant ce modeste travail sur les verrues plantaires, a été d'appeler l'attention des chirurgiens sur une affection que tous les auteurs ont laissée de côté ou traitée avec indifférence.

La bénignité de ce genre de tumeurs, la facilité du diagnostic, la simplicité du traitement suivi jusqu'à ce jour, semblent légitimer ce silence; cependant si l'on considère la gêne que dans quelques cas la verrue plantaire apporte à certaines fonctions, telles que la marche ou la station debout; l'acuité de la douleur qu'elle occasionne, la possibilité admise par certains auteurs de la dégénérescence cancéreuse, il faut convenir que la verrue plantaire mérite d'être étudiée de très près et d'avoir une monographie spéciale.

Notre travail sera court, car les documents sur cette question sont très insuffisants. Estimons-nous heureux si nous avons su attirer sur cette affection l'attention des praticiens, et si nous avons ouvert le champ à de nouvelles recherches.

Qu'il nous soit permis, avant de commencer, d'adresser tous nos remercîments à M. le professeur agrégé W. Dubreuilh, qui nous a inspiré le sujet de notre thèse inaugurale. C'est grâce à lui et sous l'influence de ses conseils éclairés que ce modeste travail a été entrepris.

Nous lui sommes reconnaissant des marques d'intérêt qu'il a bien voulu nous témoigner.

Qu'il reçoive ici l'hommage de notre respectueuse sympathie.

Que M. le Dr Pitres, doyen de la Faculté de médecine de Bordeaux, veuille bien agréer tous nos remercîments pour le grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse inaugurale. Nous garderons toujours le souvenir de la bonté et de la sollicitude dont il nous a entouré durant les quelques mois passés dans son service.

Les maîtres de la Faculté de médecine de Bordeaux, que nous avons approchés pendant le cours de nos études, nous ont toujours témoigné une grande bienveillance, qu'ils nous permettent de leur demander encore une fois toute leur indulgence.

HISTORIQUE. — ETIOLOGIE

La verrue plantaire proprement dite a été très peu étudiée jusqu'à ce jour. Quelques auteurs tels que Blum, Rayer dans son Traité des maladies de la peau, se contentent de la mentionner mais sans en donner une description spéciale. Le professeur Verneuil, dans un article inséré dans les *Archives de médecine* (1854), en parle incidemment en étudiant les tumeurs de la peau. Il annonce même un mémoire sur cette question, du professeur Robert, mais ce mémoire n'a jamais paru.

En 1857, Gorju consacre quelques lignes aux papillomes plantaires. Il nous fournit une observation typique sur la verrue plantaire qui est très bien décrite et qu'il désigne sous le nom de cor exodermique papillaire.

Enfin le travail le plus récent en date et peut-être le plus exact est une leçon clinique de M. le professeur Desprès parue dans la *Gazette des hôpitaux* en août 1882 et que nous rapportons entièrement à la fin de cet ouvrage (1).

Bien que la plupart des traités de chirurgie et de dermatologie soient muets sur cette question, il ne faudrait pas croire cependant que la verrue plantaire soit une chose très rare. Elle se rencontre quelquefois et ne passe guère inaperçue des malades à cause de la gêne qu'elle procure. Son étiologie est très

---

(1) Dans le *Bulletin de la Société anatomique de Paris* paru le 28 juin 1895, Lenoble parle d'un papillome foliace de la plante du pied. De la description qu'il en donne nous croyons plutôt qu'il a eu affaire à une simple verrue plantaire.

obscure. On a incriminé successivement le traumatisme, l'irritation causée par la chaussure, la sueur, la malpropreté des pieds, le contact de la litière des animaux. Mais ces idées ne sont pas toujours justes et on ne doit pas les admettre sans examen.

Le traumatisme seul semble jouer un rôle vraiment important dans le développement de la verrue plantaire. Dans l'observation de Gorju, le point de départ de la tumeur paraît avoir été une contusion, et s'il faut en croire M Bargues cité (1) par M. Dubreuilh : « Les clous oubliés dans la confection des » chaussures, les semelles trop minces, les coutures trop gros- » sières des bas et des chaussettes sont des causes qui chez cer- » taines personnes provoquent des cors plantaires et chez » d'autres des verrues plantaires ».

Eddowes (2), dans son rapport à la British medical association, incrimine toutes les causes d'irritation que la face plantaire est susceptible de subir. Avec Dubreuilh il croit que le traumatisme est le grand agent de la production des verrues plantaires, et il s'appuie sur ce fait que les verrues apparaissent le plus souvent sous la tête des 1er, 3^{e}, 5^{e} métatarsiens et au talon, c'est-à-dire : « Les points sur lesquels se trouve » réparti le poids du corps reposant sur la voûte plantaire ». Cette localisation confirme en effet le rôle du traumatisme.

D'après Eddowes, le port de chaussures trop larges serait encore une cause des productions verruqueuses. En effet, si le soulier cède trop facilement, la surface plantaire a une trop grande liberté de mouvements. Elle glisse sur la semelle et il se produit à chaque enjambée des mouvements de latéralité et de rotation.

---

(1) *Annales de dermatologie*, 1895.

(2) Eddowes, *Annales de dermatologie*. On plantair Warts, *British médical journal*, II, 1896.

Il ne faut pas laisser de côté la doctrine des anciens qui considèraient les verrues comme une manifestation d'une dyscrasie spéciale, idée partagée par beaucoup d'auteurs modernes.

La prédisposition jouerait donc un rôle important dans l'apparition de ces lésions, et il ne serait pas rare de les rencontrer chez tous les membres d'une même famille (1).

On a beaucoup parlé de la contagiosité des verrues. Certains auteurs se refusent à la reconnaître, d'autres l'admettent très bien. Pour notre compte, nous la croyons vraisemblable. M. le professeur Dubreuilh cite le cas d'un enfant qui aurait contracté une verrue et qui l'aurait communiquée à tous les membres de sa famille. Tous ont du reste parfaitement guéri. Nous ne nous prononcerons pas d'une façon définitive sur ce sujet, car bien que beaucoup d'auteurs citent des faits qui paraissent probants, nous ne connaissons guère d'observations bien formelles.

Nous n'avons jamais rencontré la coexistence de la verrue plantaire et de la verrue des mains. Samier en cite un exemple (2). Eddowes a vu des verrues apparaître à la face en même temps qu'à la plante du pied. Nous croyons le cas très rare et pour notre compte nous ne l'avons jamais observé.

Rien n'est moins prouvé que la nature bacillaire que certains dermatologistes ont admise.

Kühnemann a décrit un bacille qu'il aurait trouvé dans la couche épineuse des verrues. Nous n'avons jamais pu le découvrir, malgré les recherches auxquelles nous nous sommes livré et bien que nous ayons suivi scrupuleusement sa technique.

Neisser et Jadassohn n'ont pas été plus heureux que nous.

---

(1) Eddowes.

(2) Samier, obs. IV.

Schweninger, dans une communication au Congrès des naturalistes allemands, 1889, prétend avoir obtenu des cultures jaunâtres qui, inoculées à l'homme et aux animaux, auraient reproduit de véritables verrues.

Ces résultats n'ont pas été confirmés et les expériences tentées depuis dans ce sens sont demeurées infructueuses.

DESCRIPTION

Les verrues plantaires sont, le plus souvent, isolées ou peu nombreuses. Elles se présentent sous forme d'excroissances de volume variable, mais, en général, assez restreint; profondément implantées dans le derme, elles sont constituées par l'hypertrophie d'une ou plusieurs papilles dermiques, revêtues d'une couche d'épiderme généralement hypertrophié. D'après Follin, elles présenteraient parfois la forme d'un champignon « s'enfonçant dans le derme à la manière d'un bouton de chemise ».

Leur aspect change suivant la période à laquelle on les examine. Si la verrue plantaire est récente, elle affecte la forme d'une petite masse lenticulaire recouverte d'un épiderme très mince présentant une coloration rougeâtre. L'ablation de cette couche épidermique laisse sourdre du sang par une quantité d'orifices.

Si, au contraire, et c'est le cas le plus fréquent, la tumeur est ancienne, elle présente à première vue l'aspect d'un durillon assez étendu, anormalement douloureux. La couche cornée de l'épiderme est alors épaissie, stratifiée sur une surface de 1 à 3 centimètres. La saillie est très légère, mais en revanche très dure; au toucher, on a la sensation d'un corps étranger qui aurait pénétré sous la peau.

La partie centrale de cette plaque cornée est parfois percée d'une sorte de puits de dimensions variables. La cause de cette

perforation doit être recherchée dans les tentatives d'abrasion que l'on a pu faire.

La verrue plantaire est très douloureuse et entraîne pour celui qui en est porteur une incapacité complète de travail. Le malade ne peut ni marcher, ni se tenir debout. On comprendra facilement la cause de cette impotence par la localisation habituelle de la lésion.

En effet c'est au talon ou dans la tête du troisième métatarsien que la verrue plantaire siège de préférence, on l'a cependant rencontrée très développée sous la tête du premier ou du cinquième métatarsien et dans tous les endroits qui servent de point d'appui à la voûte du pied.

Du reste aucune région n'est absolument indemne et l'on a pu observer des verrues à la face plantaire des orteils. Eddowes en a remarqué une sous la tête du deuxième métacarpien.

Le grand caractère des verrues plantaires est la douleur. Douleur tantôt sourde, tantôt lancinante, exagérée par le mouvement et la marche, à tel point qu'elle peut entraîner une impotence fonctionnelle complète. L'état hygrométrique de l'air a une grande influence sur les verrues de même que sur les cors; mais outre qu'elles sont beaucoup plus douloureuses que ces derniers, nous verrons qu'il n'est pas possible de les confondre. La cause de cette douleur si violente tient à ce que la tumeur est beaucoup plus volumineuse qu'elle ne paraît l'être et qu'elle s'enfonce très profondément dans le derme.

Si l'on abrase avec un bistouri la surface d'une verrue plantaire on voit à la périphérie de la tumeur une couche cornée dure, demi-transparente, de couleur ambrée tout à fait semblable à l'épiderme corné normal ou à celui qui constitue les durillons ou les cors. Mais au lieu de s'enfoncer dans la profondeur sous forme d'un cône corné, ce durillon présente à son centre une partie molle et dépressible.

A la coupe on se trouve donc en présence d'un anneau perforé dont l'orifice va en s'élargissant à mesure que les abrasions deviennent plus profondes. Quant à la partie centrale, elle est formée par un tissu d'aspect tout différent, c'est encore du tissu corné mais il est blanchâtre, opaque et comme laiteux, sa consistance est molle et rappelle celle du chanvre ou de l'étoupe mouillée.

Cette disposition paraît ne pas avoir échappé à Lebert (1), qui en donne une description assez exacte.

Tandis que l'anneau corné périphérique est homogène ou stratifié, la partie centrale paraît fasciculée et formée de colonnes verticales s'enfonçant dans la profondeur des tissus. Cet aspect est justifié par la structure de ce tissu. On y voit quelquefois un pointillé hémorragique noirâtre et presque toujours si l'on continue à enlever des tranches successives on se trouve en présence d'une foule d'orifices capillaires qui laissent sourdre du sang. Ces capillaires sont les vaisseaux des papilles normales qui ont augmenté de volume : ils se sont dilatés mais ont gardé leur disposition normale. L'hypertrophie des éléments qui constituent la verrue plantaire s'étend non seulement à l'épiderme mais aussi, comme l'a bien montré Kromeyer, à la couche superficielle du derme. Cette couche, appelée couche papillaire, forme avec l'épiderme, tant au point de vue physiologique qu'au point de vue pathologique, un tout qu'on ne peut désunir.

La couche papillaire dermique est le tissu interstitiel, la charpente conjonctive et vasculaire d'un organe dont l'épiderme est le parenchyme et de même que dans le rein les lésions ne sont jamais purement épithéliales ni purement conjonctives, de même dans la peau les altérations de l'épiderme

(1) Gorju, Thèse de Paris, 1857.

et de la couche papillaire sont toujours simultanées. Il y a prédominance de tel ou tel élément suivant le siège de la lésion; il y a aussi une différence dans le sens où se propage l'hypertrophie : c'est ainsi que la verrue des mains forme à l'extérieur une proéminence de grosseur variable, tandis qu'à la plante du pied l'hypertrophie se fait toujours en profondeur; la verrue ne fait presque plus saillie, elle abandonne la forme acuminée et se creuse dans les tissus une excavation d'autant plus profonde que les pressions supportées sont plus importantes. Pour compléter l'inclusion et fermer la loge que la verrue s'est creusée dans l'épaisseur du derme, le tissu voisin, l'épiderme, s'hypertrophie.

On voit donc par cette disposition que la verrue plantaire est dissimulée sous une couche d'épiderme épaissie et stratifiée qui lui fait comme une cuirasse. C'est ce qui explique qu'on l'ait si souvent confondue avec les cors, durillons que l'on rencontre à la plante du pied.

Les caractères de la verrue plantaire sont assez clairs et assez typiques pour que cette confusion n'existe plus. Et d'abord ces lésions diffèrent les unes des autres par leur lieu d'élection. En effet, tandis que la verrue plantaire apparaît de préférence au talon ou sous la tête des premier et cinquième métatarsiens, on voit les cors se développer le plus souvent à la face externe du cinquième orteil.

Le cor a la forme d'une plaque dure et raboteuse dépassant légèrement le niveau de la peau. La pointe s'enfonce dans l'épaisseur du derme sous forme d'un cône corné. En pratiquant des abrasions sur un cor, on enlève des lamelles épidermiques de tissu corné qui laissent apercevoir des petits points bruns, blancs ou grisâtres.

Aussitôt que ces *clavi* ont été extraits, on se trouve en présence d'une petite excavation au fond de laquelle on reconnaît

aisément la couleur rosée du derme; mais jamais on ne rencontre, bien qu'on aille très profondément, ces pointillés noirs hémorragiques constitués par la lumière des vaisseaux papillaires et qui laissent toujours échapper du sang lorsqu'on abrase une verrue plantaire.

Dans le cor, le derme est refoulé et ne participe pas à l'hypertrophie. Il en est de même pour le durillon, qui ne présente jamais de prolongements épidermiques s'enfonçant dans le derme et au-dessous duquel on rencontre généralement une bourse séreuse.

La verrue, au contraire, se creuse une loge profonde dans le derme. Si, à l'aide d'un instrument tranchant, on enlève toute sa partie centrale qui présente cet aspect mou et blanchâtre dont nous avons parlé, voici ce que l'on rencontre :

On se trouve en présence d'un tissu laiteux ressemblant à de l'étoupe mouillée. Si on essaie de le diviser, ce qui n'est pas toujours facile à cause des adhérences que les divers éléments ont entre eux, on voit une quantité de faisceaux formant des colonnettes d'un millimètre d'épaisseur dirigés perpendiculairement de la surface vers la profondeur.

Lorsqu'on réussit à enlever toute cette matière, on se trouve en présence d'une cavité ampullaire dont le fond est plus large que l'ouverture et dont on pourrait comparer la forme à celle d'une marmite. Les parois de cette excavation arrondie sont lisses, très résistantes et paraissent constituées par du derme normal. Cette disposition de la lésion, ainsi que l'hémorragie particulière qui se produit lorsqu'on pratique des abrasions, ne permettent pas de confondre la verrue plantaire avec les autres lésions cutanées que l'on rencontre à la plante du pied.

Les abrasions successives soulagent ordinairement les malades qui sont porteurs de cors, mais ils récidivent souvent et leur guérison est très aléatoire. Nous n'avons jamais constaté

d'amélioration chez les malades atteints de verrue plantaire à la suite des abrasions que nous leur avons fait subir. En revanche, si on pratique la cure radicale, c'est-à-dire le curetage de la tumeur, on a rarement à craindre une récidive.

Pour notre compte, nous n'en connaissons pas d'exemple.

Un caractère différentiel très intéressant à noter et qui a été signalé par M. W. Dubreuilh et Eddowes, repose sur la forme de la chaussure. En effet, tandis que les malades affligés de cors sont forcés de porter des chaussures très larges, une chaussure étroite soulage habituellement ceux qui sont porteurs de verrues plantaires. Eddowes va même plus loin et prétend avoir vu les chaussures trop larges être causes, chez certains malades, de l'apparition de verrues plantaires. Il explique ce fait de la façon suivante : Le pied n'étant plus maintenu subit des mouvements de va et vient de latéralité qui facilitent les frottements et les traumatismes (1).

Nous ne devons pas négliger, en terminant ce tableau comparatif, de parler d'un des caractères les plus tranchés de la verrue plantaire : la douleur. Dans cette lésion, en effet, la douleur prend des proportions telles que le malade qui en est atteint croit toujours avoir affaire à une affection des plus graves. Il ne peut plus marcher ni vaquer à ses occupations, et bien souvent même la station debout lui devient impossible.

S'il a conservé encore la possibilité de se mouvoir, le moindre choc, la moindre pression sur le point malade lui cause des douleurs intolérables qui s'irradient souvent dans tout le membre inférieur correspondant.

On ne rencontre la douleur avec cette acuité particulière dans aucune autre lésion dermique.

---

(1) *British journal of Dermatology*, 1896.

On a confondu parfois la verrue avec l'épithélioma de la région plantaire.

L'épithélioma peut se présenter sons la forme papillaire ou bien prendre l'aspect dur et corné d'un large durillon.

Dans le premier cas, il apparaît comme un champignon molasse, ulcéré, très vasculaire et saignant au moindre contact. La verrue au contraire est toujours dure à sa surface ; elle renferme peu de vaisseaux et ne saigne jamais spontanément. L'ulcération est une exception et il est toujours facile d'en trouver la cause.

C'est habituellement une irritation locale ou bien le plus souvent une intervention maladroite.

Le diagnostic est beaucoup plus difficile lorsque l'épithélioma prend la forme dure et cornée qu'il affecte quelquefois. Il est alors recouvert d'une épaisse couche d'épiderme hypertrophié et sa dureté est causée par la superposition de nombreuses lamelles épithéliales. Sa coloration et sa forme permettent de le confondre facilement avec une verrue plantaire. Mais bientôt la marche du cancer devient envahissante, les tissus environnants se désagrègent, les ganglions s'engorgent et l'ulcère apparaît. L'ulcération est bourgeonnante, sanieuse, taillée à pic. Tout autant de caractères qui ne permettent pas de croire plus longtemps qu'on se trouve en présence d'une verrue plantaire.

Cette erreur de diagnostic avait fait croire à Hébra et Leplat (1) que la verrue plantaire subissait parfois la dégénérescence cancéreuse. Ils ont signalé le fait sans donner aucune preuve à l'appui.

Gorju (2) cite un cas de verrue plantaire qui serait devenu

---

(1) Corneau, th. de Paris, 1882.

(2) Gorju, th. de Paris, 1857.

un mal perforant. Rien n'est moins prouvé et du reste jamais on n'a rencontré dans la verrue les graves lésions nerveuses qui sont un des caractères du mal perforant plantaire.

Au point de vue anatomo-pathologique, on ne trouve rien à dire de particulier sur la verrue plantaire. Elle a la même structure que la verrue en général et notamment que celle de la paume de la main. Elle débute comme elle par un épaississement très circonscrit de la couche épineuse de l'épiderme par suite d'une prolifération plus active de la couche génératrice. Il en résulte que celle-ci s'enfonce dans le derme au-dessous de l'épiderme des parties voisines en même temps qu'elle soulève la couche cornée qui forme une légère saillie.

La grande différence réside dans leur aspect. En effet, tandis que la verrue de la paume de la main n'étant soumise à aucune pression continue se développe en saillie et forme sur l'épiderme une petite tumeur de grosseur variable, à la plante du pied la verrue est aplatie et ressemble à un durillon. Elle ne fait plus qu'une saillie très légère, quelquefois même pas du tout. Elle s'est creusée dans l'épaisseur du derme une loge profonde et l'épiderme voisin s'hypertrophie pour compléter l'inclusion.

La cause de cet aplatissement et de cette pénétration en profondeur doit être recherchée dans les pressions fréquentes et énergiques auxquelles sont soumises les régions plantaires.

PRONOSTIC

Le pronostic de la verrue plantaire est en général bénin et des plus favorables. S'il était démontré que sous l'influence des irritations ou de l'intervention chirurgicale la verrue pouvait se transformer en tumeur cancéreuse, il y aurait lieu de se montrer plus réservé. Mais nous l'avons vu plus haut, les observations de cette transformation manquent absolument. Le succès couronne presque toujours les efforts de l'opérateur.

Eddowes est très affirmatif sur cette question et il dit qu'en employant le procédé de W. Dubreuilh ou le sien propre il n'y a jamais à craindre de récidive.

Tous les cas très nets que nous avons vus de verrue plantaires ont guéri sans complication. Si l'opérateur a bien soin d'employer les procédés antiseptiques usuels et de marcher avec prudence, les accidents d'inflammation sont très rares.

L'intervention immédiate est donc toujours indiquée dans les verrues plantaires. En effet, bien que la verrue abandonnée à elle-même n'entraîne pas de complication grave et ne subisse pas la dégénérescence cancéreuse, elle est, pour le patient, une cause de souffrance continuelle et d'impotence parfois complète. De plus, on a observé quelquefois l'ulcération de la tumeur à la suite d'inflammation causée par la sueur ou bien par une intervention maladroite.

Il est donc préférable d'agir, et d'agir sans retard ; la tumeur guérit et les cas de récidive sont très peu fréquents.

La guérison peut se faire soit par intervention chirurgicale,

soit à l'aide de cautérisations successives. C'est au praticien à choisir le mode qui lui convient le mieux parmi les procédés usités jusqu'à ce jour et que nous allons passer rapidement en revue. Celui que nous recommandons et que nous employons de préférence en pareil cas est celui que M. le professeur W. Dubreuilh a décrit dans les *Annales de dermatologie* de 1895 et dont nous allons donner la technique dans notre traitement.

TRAITEMENT

De tout temps on a essayé de soumettre la verrue à un traitement curatif, mais on peut dire que ce n'est guère que de nos jours que les résultats ont été satisfaisants.

Les anciens, considérant la verrue comme la manifestation d'une dyscrasie spéciale, soumettaient les malades qui en étaient atteints à un traitement interne. Ce traitement était simplement dépuratif.

Quelquefois la verrue guérit spontanément. Disons en passant que cette terminaison est l'exception, car si on laisse la verrue plantaire sans intervenir, on voit ordinairement la couche cornée épidermique s'épaissir sans cesse et les dimensions de la tumeur prennent tous les jours un développement nouveau.

La coexistence de cette guérison spontanée avec l'application de certains topiques a fait croire à l'efficacité de certaines matières incapables par elle-même de produire le moindre effet. C'est ainsi que la feuille de lierre, le lait d'euphorbe, le sang de pigeon ont joui tour à tour d'une grande vogue et se sont partagé la faveur populaire.

On a aussi employé le lait de figue et le sang de lapin.

Cette façon de soigner la verrue est encore très usitée à la campagne et c'est souvent le seul mode de traitement connu des empiriques.

A mesure que la connaissance de la composition des tumeurs

verruqueuses fait des progrès, on voit intervenir le traitement chirurgical.

Dans la thèse de Gorju, on trouve cité un cas de guérison sans récidive à la suite de l'ablation pure et simple au bistouri.

Le traitement employé le plus fréquemment consiste à pratiquer chaque jour des abrasions successives et à faire ensuite des cautérisations. Plusieurs médicaments se partagent la faveur des chirurgiens. Ce sont : l'acide chromique, l'acide nitrique, l'acide acétique cristallisable; d'autres préfèrent le chlorure de zinc et la pâte arsenicale.

Desprès (1) recommande l'emploi de la pâte de Vienne et voici de quelle façon il explique son procédé :

« Quel est donc, dit-il, le traitement qui convient le mieux » à ce genre de tumeur? On a préconisé l'ablation ; si cette pra- » tique paraît satisfaisante au premier abord, elle ne met pas à » l'abri de la récidive. D'autres ont conseillé de détruire le mal » par l'application locale d'agents caustiques plus ou moins » appropriés. Quant à moi, voici ma façon de faire dans les » différents cas que j'ai eu l'occasion d'observer et qui m'a » toujours réussi jusqu'à présent : J'ai appliqué sur la verrue » plantaire de notre malade gros comme un pois de pâte de » Vienne. J'ai laissé le caustique sur place pendant une demi- » heure, temps nécessaire pour que son action s'exerce assez » profondément après quoi j'ai enlevé le tout et j'ai posé sur la » petite eschare une bande de diachylon. Une seule cautérisa- » tion a suffi et, dans l'espace de quinze jours, il s'est formé une » cicatrice assez forte pour supporter le poids du corps pen- » dant la marche et qui plus est elle n'est nullement doulou- » reuse comme on eût pu le penser *à priori* ».

---

(1) Leçon clinique de Desprès, 1882.

Desprès ajoute que lorsque les verrues plantaires sont anciennes et recouvertes d'une couche épaisse d'épiderme il estbon de les ébarder et de les faire saigner avant d'appliquer le caustique.

Samier et Corneau sont partisans de la cautérisation, précédée de l'abrasement.

Mais il n'est pas rare, même lorsqu'on opère avec beaucoup de soin, de voir les tumeurs récidiver au bout de quelques jours.

Quelquefois même elles résistent à plusieurs cautérisations successives et certaines paraissent incurables.

Cet inconvénient disparaît avec le procédé nouveau que M. le professeur Dubreuilh a préconisé et dont nous trouvons la description dans les *Annales de dermatologie* de 1895. La guérison est toujours radicale et la récidive est tellement rare qu'on peut la considérer comme une exception.

Après avoir obtenu l'anesthésie locale par la cocaïne, on procède au curettage de la tumeur.

Pour cela on se sert du bistonri et après avoir fait plusieurs abrasions toujours suivies d'hémorragie au moment de la section des vaisseaux papillaires, on tombe sur un anneau formé d'une couche cornée dure d'épiderme stratifié et épaissi.

Cet anneau délimite à son centre une partie molle et dépressible, constituée par une matière blanchâtre, laiteuse, présentant la consistance de l'étoupe mouillée. Cette matière est très tenace et résiste au couteau.

Il est difficile de faire pénétrer une curette dans ce tissu mou et tenace. Cependant, après plusieurs tentatives, on y arrive toujours. Aussitôt que la curette a pénétré jusqu'au fond de la concavité, elle ramène un tissu blanchâtre, laiteux, divisé en colonnes de 1 millimètre d'épaisseur, orientées perpendiculairement à la profondeur.

A ce moment-là le curettage ne présente plus aucune difficulté et l'on vide ainsi une cavité arrondie, plus large au fond

qu'à la surface, ayant la forme d'une ampoule à orifice rétréci.

Cette cavité s'enfonce dans le pied à un ou deux centimètres de profondeur.

Les parois de l'excavation sont élastiques et résistent à la curette qui ne peut les entamer. L'hémorragie, parfois assez abondante, s'arrête facilement en bourrant la cavité avec de la gaze iodoformée.

Ce curettage, dit M. Dubreuilh, constitue le mode de traitement le plus rapide et le plus radical de la verrue plantaire; s'il est fait avec toutes les précautions antiseptiques et suivi d'un pansement ouaté aseptique, la guérison est rapide et au bout d'une quinzaine de jours une excavation de deux centimètres de profondeur est complètement cicatrisée.

Eddowes a parlé, à la British medical association, du traitement de la verrue plantaire. Il se range complètement à l'opinion de M. Dubreuilh et accorde au curettage la plus grande valeur. Il ne s'écarte de la technique du professeur Dubreuilh que par ce fait qu'il néglige de remplir la cavité avec de la gaze iodoformée.

Voici comment il procède : Après avoir lavé et nettoyé la peau avec un liquide antiseptique, il gratte la couche cornée avec un instrument tranchant jusqu'à ce que les papilles commencent à saigner. L'anesthésie ayant été obtenue avec de la cocaïne, il fait le curettage et termine l'opération par une application de nitrate acide de mercure.

Le thermocautère produit aussi de bons effets. La place est alors recouverte d'un emplâtre antiseptique solidement fixé par des bandelettes roulées autour du pied.

Eddowes ajoute : « Je me rappelle il y a longtemps de cela, » avant que je n'eusse commencé mes études médicales, le fait » de couper une verrue avec un instrument tranchant, tel qu'un » rasoir, était considéré par le public comme un acte d'une

» très grande gravité, surtout si la verrue saignait. On pen-
» sait que la blessure s'envenimait et qu'il pouvait en résulter
» de la gangrène ».

Il reconnaît que cette hémorragie peut être très grave et entraîne parfois une mort rapide par « l'*empoisonnement du sang* ».

Aussi appelle-t-il l'attention des chirurgiens sur ce point en leur conseillant de prendre les précautions les plus grandes.

Ces accidents ne se voient guère aujourd'hui, à la condition qu'on fasse usage des procédés antiseptiques que la science a mis à notre disposition.

Si on avait une répugnance pour le traitement sanglant on pourrait se servir du procédé de M. Bargues.

Il consiste à cautériser fréquemment la verrue avec de l'acide azotique appliqué au moyen d'un tube effilé. Ce procédé est lent et n'est pas toujours efficace. De plus les applications d'acide azotique doivent être surveillées de très près, car si l'on procède trop rapidement et d'une façon intempestive il n'est pas rare de voir un abcès se former au-dessous de la verrue plantaire.

Cette complication est toujours très ennuyeuse et on doit l'éviter le plus possible.

En terminant ce chapitre nous ne devons pas négliger de parler du traitement par suggestion. Nous n'avons aucune observation probante de guérison de verrue plantaire obtenue par ce procédé. Cependant l'influence de la suggestion sur les verrues vulgaires de la paume de la main et des doigts a été admise par certains auteurs. Gibert, Bonjour, Delbeuf en sont partisans et citent des faits à l'appui. L'emploi de certains médicaments tels que le lait d'euphorbe, le lait de figue, etc... qui entre les mains des sorciers donnent des cas de guérison indéniables, semblerait donner raison à cette théorie et, pour notre part, un des premiers malades que nous ayons eus à exami-

ner avec M. le professeur Dubreuilh et qui était porteur d'une verrue plantaire très volumineuse a guéri spontanément et sans qu'aucune espèce de traitement lui eût été appliquée.

Nous croyons qu'il y aurait à faire quelque chose dans ce sens et que le traitement de la verrue plantaire par suggestion est un champ fécond ouvert à de nouvelles recherches.

OBSERVATION I

Un homme de peine portait à la plante du pied, vers la région métatarsienne, une plaque verruqueuse du volume d'une pièce de deux francs. La marche ne pouvait s'effectuer depuis quelque temps que sur la pointe du pied. Il n'est pas douteux que cet homme n'eût eu par la suite un pied-bot équin ainsi qu'on en a eu des exemples par suite de cette démarche. Il était donc urgent d'enlever cette production épidermique. Lisfranc fit ramollir la plaque avec de l'eau saturée de savon noir qui rendit l'ébardement facile (*Annales de thérap.*, de Rognetta, t. 1, p. 146).

OBSERVATION II

Gorju. Thèse de Paris, 1857.

L..., âgé de 28 ans, bonne constitution, bon tempérament, est affecté depuis son enfance d'une rétraction des tendons extenseurs des orteils due à des chaussures trop courtes. Le 15 octobre 1847 cet homme, qui est surveillant de la navigation, marchant dans un bateau chargé de boulets de canon, mit le pied droit sur un de ces boulets qui tourna et entraîna le pied avec lui. Dès lors sensation très douloureuse à la partie moyenne de la plante du pied et au niveau de l'espace indiquant la tête du troisième métatarsien.

Le soir gonflement du pied au repos. La douleur subsiste.

Le malade continue son service jusqu'au 15 décembre. A cette époque le repos est obligé, à cause de l'intensité de la douleur. Il s'aperçoit de la présence d'une espèce de durillon là où il avait eu la douleur la première fois. Voyant ce durillon augmenter peu à peu et lui causer des douleurs assez vives pour lui interdire la marche, il enlève au mois de mars avec un rasoir quelques petites lames épidermiques et aperçoit plusieurs points au travers desquels suinte le sang. Augmentation de la rétraction des tendons à cause de l'attitude vicieuse à laquelle l'oblige la douleur.

Un médecin consulté pensant que la rétraction tendineuse était la cause de la difficulté de la marche et croyant la ténotomie nécessaire, l'envoie à Paris pour se faire opérer. A son entrée à l'hôpital, le 17 mai, on remarque sur la ligne indiquant la tête des métatarsiens du côté droit, à la plante du pied et à la partie supérieure de cette ligne un espace grand comme une pièce de 20 c., assez transparent, jaunâtre formant une petite saillie comme chagrinée à sa surface et différant peu dès lors de l'épiderme voisin. La douleur est lancinante, elle augmente avec les changements de température et avec le plus léger contact et s'irradie dans toutes les parties voisines.

Le 18 mai, M. Robert enlève la peau malade dans toute son épaisseur jusqu'au tissu cellulaire sous-cutané. Le 6 juin le malade est guéri.

Voici l'examen microscopique de la pièce par M. Lebert.

La tumeur, du volume d'une petite fève, était aplatie, irrégulière; par une section verticale dans toute son épaisseur, on voyait deux couches : une superficielle, jaune sale, demi-transparente, c'était l'épiderme cornifié; l'autre d'un blanc mat, comme laiteux, d'une consistance élastique, de 4 à 5 millimètres d'épaisseur; la première, ayant à peine deux millimètres d'épaisseur, montrait à la loupe sa surface supérieure irrégulière et comme ondulée dans toute son étendue, de petites colonnes verticales alignées les unes à côté des autres comme des palissades. En examinant ces coupes verticales avec un grossissement de 500 diamètres, on voit tous ces éléments qui sont bien plus distincts et l'on peut se convaincre en outre qu'une traînée de substance épidermique entoure de tous côtés ces colonnes papillaires et s'enfonce dans

leurs intervalles. La couche transparente de l'épiderme fait voir les conduits excréteurs des glandes sudoripares, moins tortueux qu'à l'ordinaire.

Pour bien reconnaître les éléments primitifs des deux substances de la tumeur, nous l'examinerons préalablement délayée dans l'eau imbibée d'acide acétique. On reconnaît alors, avec un grossissement de 500 diamètres, les feuillets lamellaires et polygonaux dépourvus de noyaux qui composent la couche épidermique ; le centre des papilles elles-mêmes est composé de fibres verticales et serrées qui à leur partie inférieure paraissent s'épanouir pour se mêler insensiblement avec les fibres horizontales du derme.

Cette tumeur est donc constituée par une hypertrophie locale et circonscrite de la couche papillaire de la peau avec augmentation de la couche épidermique. Cette tumeur, comme on le voit, était manifestement une hypertrophie papillaire. Supposez qu'elle se fût ulcérée, on se serait empressé de la publier sous le nom de mal perforant du pied, ce qui n'aurait fait voir qu'un côté de la maladie, l'ulcération, dont l'étiologie aurait été méconnue.

OBSERVATION III

Dr Leroux, cité par Samier. Thèse Paris, 1880.

Une jeune fille de 19 ans, d'une excellente constitution, entre le 5 juillet à la Pitié dans le service de M. le professeur Verneuil. Elle porte à la partie moyenne du talon un petit durillon, survenu, dit-elle, à la suite de l'irritation causée par sa chaussure. Depuis plusieurs jours ce durillon est devenu tellement sensible qu'il lui est impossible d'appuyer avec son talon sur le sol. Elle entre donc pour qu'on le lui enlève. On constate au milieu du talon une induration épidermique du volume d'une très grosse lentille qui soulève à peine l'épiderme, elle est douloureuse à la moindre pression et donne la sensation d'un corps étranger pénétrant dans le talon. A ce propos, M. le professeur Verneuil fait remarquer qu'il s'agit ici d'une verrue développée en sens inverse.

Voici d'après lui les lésions diverses que l'on constate dans ces petites pro-

ductions suivant leur siège. A la main, la production devient saillante ; c'est une verrue produite par la saillie que font les papilles du derme hypertrophiées et développées du côté de la surface épidermique. La couche épidermique épaisse recouvre les papilles.

Au pied, en raison de l'épaisseur et de la résistance de l'épiderme et aussi de la pression, les papilles augmentent également de volume, mais en sens inverse et la tumeur est peu saillante, presque de niveau avec la surface épidermique. L'épiderme est fort épaissi et se prolonge profondément entre les papilles.

Ailleurs, on voit une variété intermédiaire.

On fit la section avec le bistouri et on appliqua un pansement ouaté. Dix jours après la malade sortit guérie. La cicatrisation était complète.

OBSERVATION IV

SAMIER, Thèse Paris, 1880.

Le malade, marchand de vins depuis trois semaines, était auparavant chef d'équipe au gaz, profession qui le forçait à marcher beaucoup. Il y a 7 ans, il eut sur le dos de la main une série de verrues dont quelques-unes sont disparues d'elles-mêmes. Celles qui restent aujourd'hui, au nombre de 5, siègent sur les quatrième et cinquième doigts et sur les métacarpiens correspondants. Elles présentent des dimensions différentes ; la plus volumineuse étant grosse comme une lentille environ et ne semblant pas diminuer de volume. Elles sont fortement aplaties, ont la consistance et la couleur de la peau, à l'exception cependant de la plus volumineuse, qui est un peu plus foncée. Jamais elles n'ont été le siège d'écoulement sanguin ou d'ulcération.

Il y a trois mois, le malade constata à la plante du pied droit une élévation de l'épiderme qu'il crut être un durillon ou un cor.

Son siège correspondait à la face plantaire de l'articulation des phalanges du gros orteil un peu en avant du pli plantaire.

Ce fut seulement un mois et demi après que le malade commença à éprou-

ver de la douleur en ce point. La douleur augmenta de jour en jour, bientôt le malade fut obligé de renoncer à l'usage des sabots et ne porta plus que des souliers, dans lesquels son pied ne pouvait plus remuer. Cette tumeur présentait les mêmes caractères physiques que celle observée à la main gauche, elle s'en distinguait, cependant, en ce qu'elle était très sensible à la pression, tandis que nous avons pu pincer les verrues du dos de la main, sans provoquer la moindre douleur. Telles sont les conditions dans lesquelles le malade entre à Cochin (baraque 1, lit 32), le 5 mai 1879.

Le 6 mai, M. Desprès pratique l'abrasion de la verrue plantaire et découvre ainsi quatre points noirs indiquant la présence de quatre papilles dans la tumeur, puis il applique de la pâte de Vienne qu'il laisse 20 minutes. On met ensuite un cataplasme de graine de lin sur le point malade.

Le 7, ablation, avec une pointe de ciseaux, de la verrue mortifiée qui laisse un cratère pouvant contenir environ trois têtes d'épingle.

Le 8, le malade quitte l'hôpital avec un pansement au diachylon.

OBSERVATION V

Samier, Thèse Paris, 1880.

X..., étudiant en médecine, âgé de 24 ans. La maladie avait débuté par une légère irritation causée en un point par la bottine; d'abord, X... n'y prête aucune attention, puis il remarqua qu'il se formait une sorte de petite tumeur faisant corps avec la peau du talon et faisant une légère saillie à l'extérieur sans changement de couleur à la peau, sauf une légère teinte jaunâtre. Il crut avoir affaire à un durillon, mais la tumeur devenait de plus en plus douloureuse, à tel point que le malade fut obligé d'interrompre son service. Il n'osait plus poser le talon sur le sol. La tumeur augmentait sans cesse.

Croyant alors s'en débarrasser comme on se débarrasse d'un cor ou d'un oignon, le malade se mit à enlever avec un bistouri des rondelles épidermiques; mais il aperçut des points noirs d'où s'échappait du sang.

Fatigué d'être ainsi continuellement tenu par cette légère affection, il eut recours aux cautérisations avec l'acide nitrique, puis l'acide chromique et, enfin, la pâte arsenicale. A cette dernière tentation le mal céda et la tumeur tomba d'elle-même avec l'eschare.

Peu après toute trace avait disparu et le malade guéri reprenait son service.

OBSERVATION VI

Samier. Thèse de Paris, 1880.

Le 10 janvier 1880 un homme de peine se présente à la consultation de l'hôpital Cochin portant au talon du pied droit une petite tumeur survenue à la suite de l'irritation causée par sa chaussure. Elle est du volume d'une lentille, très sensible depuis quelques jours, elle a depuis peu changé de couleur, dit le malade, et elle est devenue légèrement rouge. Le malade ajoute que la tumeur donne lieu à des élancements qui l'empêchent de dormir. M. Desprès enlève la tumeur avec le bistouri et au-dessus d'elle on trouve un petit abcès et le derme à nu. On applique sur la surface dénudée un pansement au diachylon et le malade guérit parfaitement.

La tumeur, examinée au microscope, était une verrue de la plante du pied, au-dessous de laquelle s'était formé un abcès.

OBSERVATION VII

Clinique de Desprès 1882.

« Une femme portait, sous la peau du talon de son pied gauche, une petite verrue aplatie, du volume d'un pois. La lésion était extrêmement douloureuse et gênait beaucoup la marche. Son aspect extérieur ne présentait rien de particulier et se rapprochait, à peu de choses près, de toutes les autres verrues se développannt sur la face palmaire de la main et aux doigts. La

gêne qu'elle occasionnait était telle que la malade nous demanda de l'en guérir à tout prix.

» Quel est donc le traitement qui convient le mieux à ce genre de tumeur? On a préconisé l'ablation ; si cette pratique paraît satisfaisante au premier abord, elle ne met cependant pas à l'abri de la récidive : d'autres ont conseillé de détruire le mal par l'application locale d'agents caustiques plus ou moins appropriés. Quant à moi, voici ma façon de faire dans les différents cas que j'ai eu l'occasion d'observer et qui m'a toujours réussi jusqu'à présent : j'ai appliqué sur la verrue de notre malade gros comme un pois de pâte de Vienne. J'ai laissé le caustique sur place pendant une demi-heure, temps nécessaire pour que son action s'exerce assez profondément, après quoi j'ai enlevé le tout et posé sur la petite escharre une bande de diachylon. Une seule cautérisation a suffi et, dans l'espace de quinze jours, il s'est formé une cicatrice suffisamment forte pour supporter le poids du corps pendant la marche et, qui plus est, elle n'est nullement douloureuse, comme on eût pu le penser *à priori*.

» Mais pour compléter vos connaissances là-dessus, je dois ajouter que les verrues de la plante du pied sont généralement nombreuses.

» Aussi est-il nécessaire, pour obtenir une guérison complète, d'attaquer les petites tumeurs une à une et de ne pas se borner à détruire la plus grosse. Dans d'autres cas, les verrues sont plus ou moins saillantes, plus ou moins cornées ; pour obtenir la cure radicale, il faut, avant d'appliquer le caustique, les ébarder et les faire saigner légèrement.

» Sachez enfin que dans certaines circonstances la tumeur peut récidiver, et alors ont est obligé de revenir à plusieurs reprises sur les cautérisations.

» Pour terminer, je vous dirai qu'avant de tenter le traitement il faut bien vous convaincre qu'il s'agit d'une verrue. Aussi gardez-vous bien de confondre cette dernière affection avec le durillon provoqué par un simple frottement traumatique de la chaussure. Pour arriver à un diagnostic sûr, vous n'aurez qu'à abraser la partie cornée de la verrue. Vous verrez alors une surface pointillée entourée d'une auréole brunâtre due à l'hypertrophie du derme autour des papilles végétantes qui constituent la verrue : rien ne ressemble à ces verrues ».

OBSERVATION VIII

Compendium de chirurgie (citée par Corneau. Th. Paris, 1882).

Un malade, porteur d'un poireau à la face plantaire du pied vis-à-vis de la tête du premier métatarsien, supporta courageusement une opération longue et pénible dans laquelle on fut obligé d'aller fouiller profondément, jusqu'au-dessous du derme pour enlever les racines du mal qui avait déjà récidivé deux fois.

OBSERVATION IX

Lenoble, *Bull. Soc. Anat.*, 1895.

Nous rapportons ici une observation de M. Lenoble, interne des hôpitaux, et publiée dans le *Bulletin de la Société anatomique de Paris*, 1895, sous ce titre : Papillome foliacé de la plante du pied.

Ce papillome ne nous paraît avoir été qu'une verrue plantaire et la variété de forme qu'il paraît avoir créée au dehors du type ordinaire, nous paraît avoir été occasionnée par les abrasions successives que le malade pratiquait aussitôt que la gêne devenait trop grande.

L'affection avait débuté il y a 20 ans par un durillon de moyen volume, très douloureux, siégeant à la plante du pied droit au niveau des deuxième et troisième articulations métatarso-phalangiennes. Elle était restée longtemps stationnaire, lorsqu'il y a deux ans et sans autre cause que la marche elle prit le développement actuel. Elle se présente sous la forme d'une tumeur arrondie, largement étalée à la face plantaire, ayant des dimensions transversales et antéro-postérieures sensiblement égales de 4 à 5 centimètres dans tous les sens. Le néoplasme, profondément infiltré, fait corps avec la peau et le tissu cellulaire sous-cutané n'est susceptible d'aucune mobilité spontanée et fait saillie sur le derme ambiant. Les bords sont durs, épais, cornés, nettement arrêtés.

La surface est constituée par une végétation touffue formée par des prolongements cornés moyennement rigides, d'aspect foliacé. Les folioles ont

une longueur de 5 à 10 millimètres et se hérissent dans tous les sens, formant des groupes séparés les uns des autres par des dépressions peu profondes avec des fissures douloureuses spontanément, mais surtout à la pression.

De temps en temps et lorsque le développement devenait trop gênant, le malade les ébardait avec des ciseaux. La coloration générale est d'un blanc grisâtre, la consistance dure, cornée.

La tumeur fut largement enlevée en y comprenant une couche de lésion périphérique, le tissu cellulaire et une partie de l'aponévrose superficielle.

Le malade, opéré le 9 mars 1895, a guéri et n'a pas présenté de récidives.

OBSERVATION X

EDDOWES. *British journal of dermatology,* 1896.

Un jeune garçon de 10 ans est porteur de trois verrues, chacune de la grosseur d'un pois. Elles sont situées sur le côté du talon droit et paraissent occasionnées par le frottement de la semelle. Il avait été traité quelques mois auparavant par des applications de nitrate acide de mercure. Je le vis récemment et je constatai par moi-même que toute trace de l'affection avait disparu. Sous l'influence de ce traitement il y avait eu une chute complète des tumeurs et je n'ai pas été surpris de l'apprendre.

OBSERVATION XI

EDDOWES. *British journal of dermatology,* 1896.

Un homme de 80 ans avait deux verrues plantaires à chaque pied. Elles siégeaient symétriquement à la tête du premier et du cinquième métatarsiens. Je les ai attribuées au port de chaussures étroites.

La pression latérale exercée par ses chaussures était si forte que les métatarsiens comprimés avaient pris la forme d'un arc de cercle, de telle

sorte que les deux métatarsiens, le premier et le cinquième supportaient en totalité le poids du corps qui aurait dû se répartir sur les cinq métatarsiens à la fois. Il était véritablement estropié et forcé de marcher sur ses talons.

OBSERVATION XII

EDDOWES, *B. j. of dermatology*, 1896.

Un officier retraité, qui souffrait d'un très grand nombre de cors, fut envoyé, par moi, à un cordonnier qui, d'après mes ordres, lui fit une chaussure particulière à ses pieds. L'amélioration s'en suivit et il n'eut plus de troubles. Deux ans après, il me revint pour subir un nouveau traitement, disant que les excroissances qu'il avait à la plante du pied continuaient à lui faire le plus grand mal pendant la marche.

Je les abrasai légèrement et je découvris, par les nombreux points qui saignaient, que j'avais affaire à des verrues plantaires. Je lui offris le choix entre une application de nitrate acide de mercure ou le cautère actuel. Il choisit ce dernier et fut guéri en peu de jours. Je l'ai vu récemment et j'ai constaté que la guérison s'était bien maintenue.

OBSERVATION XIII (personnelle).

Voici l'observation qui m'a été communiquée par M. le professeur William Dubreuilh (16 avril 1896).

Femme de 25 ans, un peu corpulente, bien portante. Elle est affectée depuis deux ans, sous la plante du pied droit, d'un point dur et douloureux qui s'est accru constamment. Depuis peu de temps, elle a remarqué un deuxième point un peu plus dur tout à côté. A la partie antérieure de la plante du pied, sous la tête du troisième métatarsien, existe une plaque dure, épaisse, cornée, ressemblant à un durillon. Cette plaque est manifestement un peu allongée et l'on y remarque deux foyers, dont un

beaucoup plus petit, situé en avant. Si l'on fait un examen plus attentif, on voit que le centre du durillon est perforé d'un trou circulaire de 5 millimètres de diamètre environ. Ce trou est rempli d'une substance blanche, un peu plus molle que le reste du durillon, mais n'en différant pas beaucoup comme couleur parce que tout l'épiderme plantaire est un peu opacifié et blanchi par la macération.

En abrasant la surface avec un bistouri, on constate que la partie périphérique est formée de tissu corné compact ne différant pas de celui qui constitue les durillons; la partie centrale est plus molle, plus tenace, se laissant difficilement couper. Cette partie, qui après abrasion de la surface paraît s'être étendue un peu plus, ne se laisse pas entamer par la curette à cause de sa ténacité; en l'explorant avec un stylet, on constate qu'elle résiste comme de l'étoupe mouillée et qu'elle présente une structure fibreuse. En coupant encore quelques tranches, on y voit des points brun foncé correspondant à de petites traînées cylindriques de 1/4 ou 1/5 de millimètre de diamètre qui s'élèvent directement de la profondeur.

La pression sur ce durillon est très douloureuse, la marche extrêmement pénible; elle est plus facile avec des chaussures étroites, mais avec des pantoufles et surtout pieds nus, le poids du corps sur le sol détermine une douleur très vive qui s'irradie dans tout le membre inférieur. L'abrasion, poussée aussi loin que possible, n'atténue nullement la douleur.

Il a été fait plusieurs tentatives de traitement demeurées infructueuses, notamment des applications d'acide nitrique. Il y a eu à la suite une exfoliation de la surface, mais aucun soulagement n'est survenu. En avant de cette première lésion on trouve une petite saillie de durillon. Il est surmonté d'une petite masse cornée du volume d'une tête d'épingle.

On peut avec la pointe du bistouri énucléer cette petite masse cornée et on constate alors que le fond de cette petite excavation est occupé par une petite saillie arrondie.

Il paraît s'agir ici d'une petite verrue formée par une seule papille formant un petit sommet hémisphérique et recouvert par l'hyperkératose du voisinage.

La malade n'a jamais eu de verrues aux mains.

CONCLUSIONS

La verrue plantaire a une forme clinique spéciale qui ne devrait la laisser confondre avec aucune autre affection cutanée.

Si le praticien l'assimile souvent à un cor ou à un durillon, c'est qu'il a mal observé les symptômes et que la forme spéciale de cette lésion que nous avons décrite lui a échappé.

Il importe beaucoup cependant de la distinguer dès son apparition des autres tumeurs plantaires, parce que son pronostic et son traitement sont absolument différents. On évitera ainsi des tâtonnements longs et ennuyeux pour le malade et le praticien.

L'intervention immédiate est une chose qui s'impose, car la verrue plantaire, sans gravité par elle-même, est le point constant de douleurs excessives qui peuvent entraîner une véritable incapacité de travail.

Le traitement le plus radical et dont on doit attendre le plus de succès est le curetage tel qu'il a été décrit par M. le professeur W. Dubreuilh.

Vu : *Le Doyen*,
A. PITRES.

Vu bon a imprimer :
Le Président de la thèse,
Dr A. PITRES.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 7 juillet 1896,
Le Recteur,
A. COUAT.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

VERNEUIL. — *Arch. gén. de médecine*, 1854, T. I.

GORJU. — Maladies de la peau de la plante du pied, cors, oignons, durillons. Thèse de Paris, 1857.

BLUM. — Chirurgie du pied.

SAMIER. — Des verrues, leur traitement. Verrues de la plante du pied et de la paume de la main. Thèse de Paris, 1880.

CORNEAU. — Verrues plantaires. Thèse de Paris, 1882.

DESPRÈS. — Clinique. « *Verrue plantaire* ». Rapportée dans la thèse de Corneau.

LENOBLE. — Papillome foliacé de la plante du pied. *Bulletin de la Soc. anatomique de Paris*, 28 juin 1895. *Annales dermat.*, 1895.

DUBREUILH (M. W.). — *Annales de dermatologie*, 1895.

EDDOWES (A.). — On plantair warts. *British medical journal*, 1895, II. *British journal of dermatology*, 1896.

20,230. — Bordeaux, Y. Cadoret, impr., rue Montméjan, 17.